



Exploitatie en exploratie in de verpleeghuiszorg

een onderzoek onder bestuurders

Arjen van Klink

Marieke Fleskens van Osch

John Dispa

Rob Mandigers

Voorwoord

Een gezamenlijke deelname aan een sollicitatiecommissie voor de nieuwe lector Zorgtechnologie was voor Rob Mandigers (Consyst) en Arjen van Klink (Kenniscentrum Business Innovation) aanleiding voor verdere kennismaking. Daaruit bleek een gedeelde interesse in innovatie in de zorg en de vraag hoe zorginstellingen ontvankelijker en effectiever kunnen zijn waar het gaat om innoveren en toepassen van nieuwe technologie. Deze nieuwsgierigheid heeft geleid tot een gezamenlijk onderzoek, waar dit rapport het resultaat is. Het is een echte coproductie geworden, waar Consyst en het kenniscentrum beiden gelijke inbreng hebben geleverd en samen voor verantwoordelijk zijn.

Dit onderzoek is tot stand gekomen door middel van een serie gesprekken met bestuurders en managers van zorginstellingen. Tijdens het project zette de derde coronagolf opnieuw de zorg en dus ook hun agenda's zwaar onder druk. We danken hen voor hun tijd en vooral hun openheid, omdat het onderwerp óók gaat over hun eigen leiderschap.

Naast dit onderzoeksverslag heeft het project twee 'bijproducten' opgeleverd. Coauteur Marieke Fleskens van Osch heeft bij één van de deelnemende zorginstellingen op de werkvloer onderzoek gedaan naar de wijze waarop innovatie daar vorm krijgt. Dat heeft geleid tot een scriptie voor haar master Management & Innovatie in het Maatschappelijke speelveld (MMI). Daarnaast is het materiaal uit het onderzoek gebruikt om een casestudy te schrijven. We hopen dat de casestudy niet alleen in het hoger onderwijs gebruikt gaat worden, maar ook in zorginstellingen zelf het gesprek over de balans tussen exploitatie en exploratie verder helpt.

Rotterdam/Sint Oedenrode, juli 2022,

Arjen van Klink

Marieke Fleskens van Osch

John Dispa

Rob Mandigers

Inleiding

De zorg staat onder druk

Ook na het wegebben van de coronacrisis is duidelijk dat er sprake is van een 'zorginfarct'. De beschikbaarheid en de kwaliteit van de zorg staan onder druk en knelpunten zijn geenszins voorbij. Sterker nog, de verwachting is dat de problemen groter worden, want de vraag naar zorg neemt toe onder invloed van vergrijzing, welvaartsgroei en nieuwe behandelmethoden en het aanbod van zorg (in termen van het aantal zorgmedewerkers) neemt af. Nu werkt 15% van de werkende Nederlanders in de zorgsector; bij gelijkblijvende stijging van de zorgvraag is dat 25% in 2040 en 33% in 2060¹. In die situatie geeft Nederland 16% tot 20% van het bruto binnenlands product uit aan zorg; in 2015 was dat bijna 13%. Binnen de zorgsector nemen de kosten van ouderenzorg sterk toe; het RIVM verwacht een stijging van 17 miljard in 2015 naar 70 miljard euro in 2060.

Gezondheidszorg in het algemeen en verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg (VVT) zijn arbeidsintensief. Productiviteitswinst behalen via nieuwe technologie en andere organisatie – technologische en sociale innovatie – blijkt tot op heden beperkt mogelijk. Geïntegreerde technologie, die verandering van het primaire proces vereist, is lastig toe te passen en op te schalen². 'Nederland heeft een implementatieprobleem', zo constateerde een onderzoek recentelijk³. Door het wegnemen van belemmeringen zou zorgtechnologie tot 64.500 medewerkers kunnen vrijspelen in de ouderenzorg³.

De context van de VVT belemmert vernieuwing

De bescheiden winst van innovatie geldt meer voor *care* (thuiszorg, verpleeghuiszorg, ouderenzorg, gehandicaptenzorg) dan voor *cure* (ziekenhuiszorg). Soms is meer productiviteit niet wenselijk, want tijd en aandacht voor de cliënt zijn een belangrijk onderdeel van de zorg. Vaker kampen technologische en sociale innovaties met belemmeringen. Zo werkt de zorg decentraal, waardoor ervaringen met nieuwe concepten niet makkelijk te delen zijn. Ook is het opleidingsniveau in de *care* relatief laag. Strikte kwaliteitsprotocollen en wetgeving weerhouden medewerkers van het zoeken naar nieuwe wegen. Leidinggevendenden worden niet duidelijk beoordeeld op vernieuwing en zijn niet altijd in staat hun teams daarin te begeleiden. Er zijn visies over de interactie tussen cliëntwelzijn, medewerker en technologie – zoals *Triple Aim* en *Value Based Health Care* – maar hun toepassing staat nog in de kinderschoenen. Zorgkantoren en andere financiers zijn niet altijd in staat of bereid om vooraf te investeren in innovatie. *Last but not least* is de werkdruk hoog en voelt de werkvloer weinig tijd voor vernieuwing.

¹ Vonk, R.A.A., H.B.D. Hilderink, M.H.D. Plasmans, G.J. Kommer en J.J. Polder (2020), Toekomstverkenning zorguitgaven 2015-2060, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), Bilthoven

² Technologie in de verpleeghuiszorg – verkenning van het gebruik van technologie in de dagelijkse praktijk van de verpleeghuiszorg, Jester Strategy, maart 2019

³ Uitweg uit de schaarste – over noodzaak en belofte van medische technologie in de aanpak van personeelstekort in de zorg, Gupta Strategists in samenwerking met FME, mei 2022

Als innovatie plaatsvindt, dan worden nieuwe technologieën en werkvormen vaak losstaand gehanteerd. Het risico is dat cliënten, medewerkers en bedrijfsvoering daar niet optimaal van profiteren. Dan dreigt een vicieuze cirkel: zonder innovatie raakt de duurzame inzetbaarheid van medewerkers verder onder druk en neemt de aantrekkelijkheid van de zorg als werkgever af. Met innovatie kan daarentegen het werk in de zorg worden verlicht en verrijkt. In die zin zijn verbetering van kwaliteit van de arbeid en kwaliteit van de zorg twee kanten van dezelfde medaille⁴.

WOZO

Zeer recent heeft de minister voor Langdurige Zorg en Sport haar beleidsvisie op de ouderenzorg gepresenteerd. Het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO)⁵ beoogt dat de ouderenzorg ook in de toekomst blijft passen bij wat ouderen willen en wat in termen van menskracht en budget haalbaar is. Doel is ouderen langer thuis te laten wonen, zelfredzamer te laten zijn en meer gebruik te laten maken van nieuwe technologische middelen. Er komen onder andere subsidieregelingen voor ouderenwoningen, woningaanpassing en voor zorgtechnologie in huis. Ook wordt waar mogelijk regelgeving gestroomlijnd. Tenslotte wordt er geïnvesteerd in coaches die zorginstellingen gaan helpen met nieuwe technologie.

Ambidexteriteit

De laatst genoemde beleidsmaatregel is van belang om nieuwe technologie in te bedden in de sector. Nog belangrijker is dat medewerkers (van verzorgende tot bestuurder) zelf vorm weten te geven aan vernieuwing om zo de veranderkracht van de organisatie te versterken. Om op korte én lange termijn succesvol te zijn moeten organisaties zowel exploiteren als exploreren. Exploitatie is het optimaliseren van het bestaande, exploratie is het ontdekken van het nieuwe. De VVT-sector is, mede door de hierboven aangegeven omstandigheden, sterk gericht op exploitatie.

De managementliteratuur duidt de balans tussen exploitatie en exploratie aan met 'ambidexteriteit'. Ambidexteriteit of tweebenigheid⁶ is het vermogen van een organisatie om twee tegenstrijdige processen te combineren: optimaliseren versus veranderen. Exploitatie en exploratie vragen andere vaardigheden en middelen en laten zich daarom lastig verenigen. Toch is juist dat nodig om te vernieuwen. De vraag is hoe in de zorgsector een andere balans tussen exploitatie en exploratie kan worden gevonden, met een groter accent op vernieuwing.

Samen op zoek naar inzichten

Consyst, technologie- en transitiepartner voor de zorg, en Kenniscentrum Business Innovation van Hogeschool Rotterdam hebben elkaar gevonden in de ambitie om deze problematiek te duiden en handreikingen te doen voor verandering. Consyst doet dat vanuit de ervaring met implementatie-, adoptie- en transitietrajecten van domotica en andere zorgtechnologie in de

⁴ Schouteten, R., M. Veld en R. Batenburg (2017), Duurzaam werken in de zorg – noodzaak maar de kansen staan onder druk, Tijdschrift voor Arbeidsmarktvraagstukken, jaargang 33, nummer 2, pp.99-103

⁵ WOZO – Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag, juli 2022

⁶ O'Reilly, C.A., en M.L. Tushman (2004), The ambidextrous organization, Harvard Business Review, April

verpleeghuis- en ouderenzorg. De interesse bij het Kenniscentrum komt voort uit onderzoek naar innovatie bij middelgrote ondernemingen en instellingen. Om antwoorden te vinden hebben beide partijen een gezamenlijk onderzoek uitgevoerd. Gegeven de focus van Consyst op verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg, de snel stijgende vraag naar ouderenzorg en de constatering dat in de *care* innovatie lastiger is dan in de *cure*, is het onderzoek gericht op VVT-sector (*care*).

Het onderzoek heeft plaatsgevonden interviews met bestuurders van zorginstellingen. Deze bestuurders hebben immers een essentiële rol in het veranderen van de kijk van de organisatie op leren innoveren. Via de gezamenlijke netwerken zijn elf bestuurders benaderd voor een gesprek. Zij hebben allen hun medewerking verleend; in enkele gevallen heeft ook de manager innovatie aan het gesprek deelgenomen. Van de gesprekken zijn er acht via Teams gevoerd en drie op kantoor bij de bestuurder, in de periode november 2021 tot en met maart 2022. Van elk gesprek is een interviewverslag opgesteld dat door de respondent is geaccordeerd. De teksten van de interviews zijn gerangschikt naar negen factoren die volgens de theorie ambidexteriteit beïnvloeden. De gespreksverslagen zijn geanalyseerd op overeenkomsten en verschillen, onderling en met de theorie. Vervolgens zijn gelijke uitspraken verwijderd, met behoud van representativiteit, om te komen tot dit onderzoeksverslag. Het materiaal van de interviews is anoniem verwerkt. De namen en organisaties van de geïnterviewde bestuurders en managers zijn opgenomen in de bijlage.

Leeswijzer

Dit rapport doet verslag van de gesprekken. Hierna wordt eerst vanuit de theorie kort ingegaan op het begrip ambidexteriteit en worden negen factoren die ambidexteriteit beïnvloeden toegelicht. Daarna bespreken we de ervaringen en ambities van de zorgbestuurders, steeds aan de hand van één van de negen factoren. Ter afsluiting presenteren we enkele algemene conclusies en aanbevelingen.

Exploiteren en exploreren

Het belang – en de complexiteit – van het balanceren tussen exploitatie en exploratie in een organisatie is voor het eerst beschreven door James March in 1991⁷. Het gaat om optimaliseren versus veranderen of *'running the business'* versus *'changing the business'*⁸. Exploitatie gaat over efficiëntie, productiviteit, controle, zekerheid en standaardisatie, terwijl exploratie gaat over nieuwsgierigheid, creativiteit, autonomie en variatie. Bij uitstek onderscheiden exploitatie en exploratie zich in de vorm van leren (intern – extern), de mate van risico nemen (laag – hoog) en de oriëntatie in de tijd (korte termijn – lange termijn).

Exploratie is niet synoniem met innovatie of met de adoptie van innovatie. Innovatie is de ontwikkeling en introductie van nieuwe producten en processen. Ambidexteriteit ondersteunt gedrag dat tot innovatie kan leiden. Bij zowel exploitatie als exploratie kan sprake zijn van innovatie. Bij exploitatie gaat het om incrementele innovatie – gerichte verbeteringen aan bestaande producten en processen. Bij exploratie gaat het om radicale innovatie – nieuwe producten en processen voor bestaande of nieuwe markten die inspelen op veranderende omstandigheden op langere termijn.

Exploitatie en exploratie vragen verschillende vaardigheden en organisatievormen. De 'dubbele rechtshandigheid' of ambidexteriteit geeft juist in sterk veranderende omstandigheden aan een organisatie de kracht om prestaties op peil te houden. Want het oude is niet meer afdoende en het nieuwe is nog onvoldoende ontwikkeld. Er zijn drie benaderingen hoe deze tegenstellingen in een organisatie overbrugd en georganiseerd kunnen worden: structurele en contextuele ambidexteriteit. Bij structurele ambidexteriteit worden exploitatie en exploratie gescheiden in de organisatiestructuur. In een maakbedrijf is er bijvoorbeeld een afdeling R&D en een afdeling productie. Dit vraagt goede afstemming tussen beide afdelingen. Sequentieel betekent dat processen van exploitatie en exploratie in de tijd worden afgewisseld; uitsluitend kleine organisaties zonder zware assets kunnen zich dat veroorloven. Bij contextuele ambidexteriteit worden exploitatie en exploratie gelijktijdig in één organisatie uitgevoerd; dit vraagt goede systemen, processen en cultuur om tegengestelde prestaties tegelijkertijd en in samenhang realiseren. Deze laatste vorm is lastiger toe te passen, maar kan wanneer effectief sterk bijdragen aan het aanpassingsvermogen van de organisatie. Dan kan de wisselwerking tussen denken en doen snel en grenzeloos plaatsvinden.

Wat een goede balans is tussen exploitatie en exploratie kan door de tijd en per sector uiteenlopen. Gegeven de snelle veranderingen in technologie, economie, arbeidsmarkt en maatschappij geldt voor vrijwel alle organisaties dat méér exploratie nodig is om onder veranderende omstandigheden te overleven. In de literatuur zijn tal van factoren onderscheiden

⁷ March, J.G. (1991), Exploration and exploitation in organizational learning, *Organization Science*, Vol. 2, No. 1, pp.71-87

⁸ Antonio Rodriguez (2014), Organisational ambidexterity, [www.https://www.london.edu/think/organisational-ambidexterity](https://www.london.edu/think/organisational-ambidexterity)

die een goede balans tussen exploitatie en exploratie kunnen bevorderen. Voor dit onderzoek richten we ons op negen factoren⁹. Het belang van de factoren voor de effectiviteit van aanpassing en vernieuwing neemt toe naarmate de ambidexteriteit een meer contextueel karakter heeft. De negen factoren worden hieronder toegelicht:

1. *Missie, visie en strategie dragen ambidexteriteit uit.* De visie onderbouwt de veranderopgave, de missie het waarom en de strategie hoe de verandering wordt gerealiseerd. Incentives geven richting aan de gewenste vernieuwing en zorgen voor een optimale balans tussen exploitatie en exploratie. De realisatie van de strategie wordt regelmatig gemonitord.
2. *De gebruiker is uitgangspunt.* Het is belangrijk dat zowel exploitatie als exploratie wordt beschouwd vanuit het gebruikersperspectief: wat heeft de cliënt nodig, nu en in de toekomst? Dat vergroot de legitimiteit, de kwaliteit van exploitatie en exploratie en de onderlinge verbinding tussen deze processen.
3. *Vernieuwing vindt plaats vanuit systeemperspectief.* Het is van belang dat holistisch wordt gekeken in alle fasen van vernieuwing: wat zijn de raakvlakken met werkprocessen, klanten, leveranciers, medewerkers en bredere ontwikkelingen in de sector? Dat ondersteunt het draagvlak en helpt de inbedding in een groter geheel.
4. *Het management stimuleert exploratie.* Bestuurders en managers geven steun aan medewerkers die bezig zijn met vernieuwing en helpen hen om hun ideeën verder te brengen. Ze tolereren en verduidelijken eventuele contradicties in het werk die het gevolg zijn van gelijktijdige exploitatie en exploratie.
5. *De organisatiecultuur staat fouten toe.* Vernieuwing kan alleen gedijen in een setting waarin risico genomen mag worden en mislukkingen mogen voorkomen. Medewerkers moeten vertrouwen voelen en kaders kennen. Er is een actieve leercultuur om vragen te stellen, de uitkomsten van experimenten te delen en te gebruiken in vervolgtrajecten.
6. *Dialoog geeft richting en draagvlak aan innovatie.* Een belangrijke 'enabler' van ambidexteriteit is een regelmatige dialoog tussen medewerkers betrokken bij exploitatie en exploratie. Enerzijds om te zorgen dat knelpunten uit de exploitatie kunnen worden ingebracht voor exploratie en anderzijds dat nieuwe ideeën kunnen worden ingebed in de exploitatie.
7. *Ambassadeurs verbinden exploitatie en exploratie.* Ambidexteriteit wordt bevorderd door medewerkers eigenaar te laten zijn van innovatieve ideeën, innovatieprojecten en nieuwe producten. Zij zijn het gezicht en aanspreekpunt en dat maakt exploratie beter toegankelijk vanuit exploitatie.
8. *Er is budget voor exploratie en exploitatie.* In vrijwel alle organisaties is het budget voor exploitatie logischerwijs veel groter dan voor exploratie. Dat laat onverlet dat exploratie alleen een serieuze positie kan innemen als het een separaat budget heeft, er duidelijke criteria zijn om budget toe te delen en over de besteding verantwoording wordt afgelegd.
9. *Er is een oriëntatie op implementatie van innovatie.* Om exploitatie en exploratie in een goede balans te brengen is het belangrijk dat ideeën daadwerkelijk tot uitvoering worden gebracht. In veel organisaties is het implementeren van ideeën zwakker ontwikkeld dan het genereren van ideeën. Dat vergt extra aandacht voor het implementeren van innovatie..

⁹ Palm, K., & J. Lilja (2016), Key-enabling factors for organizational ambidexterity in public sector, International Journal of Quality and Service Science, March

De strategie bevordert innovatie

Factor 1. Missie, visie en strategie dragen ambidexteriteit uit. De visie onderbouwt de veranderopgave, de missie, het waarom en de strategie hoe de verandering wordt gerealiseerd. Incentives geven richting aan de gewenste vernieuwing en zorgen voor een optimale balans tussen exploitatie en exploratie. De realisatie van de strategie wordt regelmatig gemonitord.

Actuele en gedragen strategie

Alle respondenten zijn het erover eens dat een heldere strategie aan de basis moet liggen van innovatie. Een bestuurder: “je kunt niet ontwikkelen als de basis van de organisatie niet op orde is. Je kunt dan zeker niet gaan experimenteren”. Maar nog niet alle organisaties waarvan een bestuurder is geraadpleegd beschikken over een actuele en gedragen strategie. Soms wordt het veroorzaakt door recente bestuurswisseling of een fusie. Vaker nog is het nog zoeken naar richting. Wanneer er een strategie is, erkennen veel bestuurders dat deze nog niet voldoende wordt gedragen in de organisaties. Zij ervaren een zekere afstand tussen beleid en de werkvloer; medewerkers hebben veelal genoeg aan hun eigen werk en bestuurders weten nog niet altijd goed hoe hen te betrekken bij de grotere lijnen. Een bestuurder: “medewerkers in ‘cure’ zijn doorgaans wat meer gericht op verbetering en vernieuwing dan die in de ‘care’. Maar veel van onze medewerkers hebben weldegelijk ideeën voor verbetering, maar het wordt ze vaak niet gevraagd. Teamleiders en managers hebben er niet altijd zin in.”

Waarom

Aan de basis van elke visie ligt een waaromvraag. Ook voor innovatie is de vraag ‘waarom willen we dit?’ essentieel. Enerzijds om tijd voor innovatie te claimen en ruimte te geven aan onzekerheid als onduidelijk is wat nieuwe ideeën kunnen opleveren. Anderzijds om richting te geven aan innovatie en een afwegingskader te geven welke ideeën wel en welke niet aandacht kunnen krijgen. Een bestuurder: “als je vanuit personeelstekorten gaat redeneren: een jaarlijkse toename van 8% indicaties in de WLZ en daarbij de ratio van het aantal medewerkers in de zorg niet kunt waarmaken dan heb je een ander vertrekpunt”. Een ander sluit daarbij aan: “de ratio medewerker/cliënten moet drastisch naar beneden in de toekomst. Arbeidsbesparende innovaties zijn nodig”. Een andere respondent: “vanuit een gezamenlijk gevoel van urgentie zijn we aan de slag gegaan. De urgentie zit hem voor ons in de on vervulde en openstaande vacatures, oplopend ziekteverzuim en een toekomstbeeld met dubbele vergrijzing. We hebben vanuit urgentie de vertaalslag gemaakt dat de zorg echt anders georganiseerd moet worden. Tot op heden hebben we heel spontaan geïnnoveerd. Praktische ideeën vanaf de zorgvloer en subsidiemogelijkheden waren leidend. Door ze *stand-alone* uit te voeren kon vrij makkelijk worden geëxperimenteerd en opgeschaald. Nadeel is versnippering en onvoldoende *alignment* met organisatiedoelen. Dat is een reden dat soms draagvlak om de innovaties te gebruiken niet goed ontwikkeld is. We hebben een duidelijker verhaal nodig.”

Keuzes

Een organisatie met een goede strategie durft keuzes te maken. In een sector waar veel moet en in de periode na corona is dat lastig. Toch gaan steeds meer bestuurders fundamentele keuzes niet langer uit de weg. Eén stelt “als organisatie maken we duidelijke keuzes. We hebben dit jaar voor het eerst 5% minder personeelskosten opgenomen in de begroting. Deze 5% hebben we nu beschikbaar voor ICT en zorgtechnologie.” Een andere bestuurder “de keuze die we gemaakt hebben is dat we cliënten met een ZZP-4 niet meer opnemen. Onze aandacht gaat uit naar de aller kwetsbaarste en zwaardere zorgzwaarte cliënten”. Een ander: “alles begint met een visie. Zonder een eigen plan ben je onderdeel van het plan van anderen. Er zijn enorm veel technologische oplossingen voorhanden. De vraag is of deze technologie *push* ons voldoende helpt. Focus is essentieel. Bepaal en weet vooraf goed waarvoor je het doet. Gaat het om zelfredzaamheid bevorderen of geld besparen? We hebben nog moeite om keuzes te maken.”

Permanent aanpassen en monitoren

In de huidige dynamiek is strategie niet zozeer een plan maar een proces, waarin een organisatie permanent in verbinding staat met de omgeving en kan bijsturen wanneer dat nodig is. Een bestuurder: “waar we in het verleden probeerden een mammoettanker te sturen zien we dat het langzaam wijzigt in het besturen van een duikboot. De veranderingen volgen elkaar veel sneller op en wendbaar zijn is daarbij van belang. Innoveren is iets dat naast de exploitatie moet.” Een andere bestuurder: “wij zorgen ervoor dat vanuit de strategie voor elke medewerker helder is wat we aan het doen zijn. De PDCA-cyclus helpt ons daarbij. Het kost tijd om nieuwe elementen in de strategie te stroomlijnen binnen de organisatie en de impact te maken die we voor ogen hebben. We hebben geen dashboard om onze strategie te monitoren. De coherentie om alles samen te brengen is niet voorhanden. Dat ondermijnt soms het verbinden van initiatieven. We willen het bestaande kwaliteitsvenster uitbreiden tot een strategie-dashboard. Dit vraagt nieuwe kennis.”

Verwachtingen van de maatschappij

In missie, visie en strategie van zorginstellingen moeten maatschappelijke ontwikkelingen worden vertaald. Bestuurders vinden het spannend om het debat aan te gaan in de maatschappij, zeker omdat sommige onderwerpen daar bijna niet bespreekbaar lijken. Een bestuurder: “wat hebben we over voor de oudere medemens? Durven we met z’n allen te zeggen welke zorg je wel of niet meer gaat leveren? De gemiddelde ligduur in en verpleeghuis is momenteel 11 maanden. Deze daalt. Zodra de cliënt bij ons opgenomen wordt komen de verwachtingen van familie of mantelzorgers vaak niet overeen met wat wij kunnen bieden.” Een andere bestuurder “in de maatschappij is een tweedeling aan het ontstaan tussen mensen met een grote beurs en mensen met een kleine beurs. Er zullen nieuwe zorgconcepten moeten ontstaan die goedkoper en efficiënter zijn. Deze zullen in co-creatie ontwikkeld moeten worden. We moeten nieuwe wegen bewandelen.” Een andere respondent: “de eisen die de maatschappij aan ons stelt zullen we moeten managen. We zullen de verwachtingen her en der moeten bijstellen. Dat begint al aan de voordeur als de cliënt wordt opgenomen.”

Conclusie

De zorginstellingen zitten midden in het proces om te komen tot een aansprekend veranderverhaal. Gegeven de grote dynamiek is het onmogelijk om één vastomlijnde toekomstvisie te formuleren. Het is vanuit de cultuur van de zorgsector niet vanzelfsprekend om een toekomstvisie met alle lagen in de organisatie gezamenlijk te maken en vanuit deze visie te handelen. Hier ligt een dubbele opgave: de strategische opgaven vertalen in een aansprekend en flexibel plan en dat plan met elkaar gebruiken om zorgtaken uit te voeren, te reflecteren, bij te stellen en te innoveren.

Innovatie neemt de gebruiker als uitgangspunt

Factor 2. Innovatie neemt de gebruiker als uitgangspunt. Het is belangrijk dat zowel exploitatie als exploratie wordt beschouwd vanuit het gebruikersperspectief: wat heeft de cliënt nodig, nu en in de toekomst? Dat vergroot de legitimiteit, de kwaliteit van exploitatie en exploratie en de onderlinge verbinding tussen deze processen.

Nabijheid

Een essentiële waarde in de verpleeghuiszorg, ouderenzorg en thuiszorg is persoonlijke aandacht en warmte voor de medemens. Dáár doen veel zorgmedewerkers het voor en dáár zijn ze ook voor opgeleid. De inzet van technologie wordt vanuit deze optiek vaak ervaren als een stap terug. Een bestuurder: “warmte via technologie moeten we nog ontwikkelen en ervaren. In de huidige zorgcultuur is technologie niet de standaard en het is vaak ook niet aangeleerd tijdens de opleiding. Tessa, een *tinybot*, heeft de functionaliteiten om toegevoegde waarde te kunnen leveren. Maar helpt het de strategische opgave? Domotica aanschaffen om de nachtzorg te verbeteren en personeelsinzet te verminderen zijn daarentegen enorme verbeteringen. Het is zaak ervoor te zorgen dat technologie aan twee kanten van de medaille werkt: kwaliteit van de zorg én efficiëntie van de zorg.”

Vraagsturing

Het zorgaanbod wordt vrijwel uitsluitend vanuit de zorgaanbieders bepaald. Tal van factoren spelen daarbij een rol, zoals de afhankelijke positie van de cliënt en de veronderstelling dat vraagsturing kostenverhogend werkt. Sinds de jaren '70 is er in Nederland aandacht voor meer invloed van de vrager op de zorg, toch is van een omslag geen sprake. In alle organisaties waarvan in dit onderzoek bestuurders gesproken zijn, is er veel aandacht voor de cliënt en zijn of haar familie. Differentiatie is evenwel lastig. Een bestuurder: “echt vraag gestuurd werken is een enorme uitdaging. De maatschappelijke vraag is groter dan wat er echt mogelijk is. Dat moeten we ons realiseren. Waar het gaat om innovatie worden cliënten vroegtijdig meegenomen in ideeën. Soms komen ideeën van cliënten en hun familie. Overigens zijn niet alle innovatieve ideeën gericht op de cliënt, er zijn ook plannen die te maken hebben met kostenbesparing of medewerkerswelzijn”. Een bestuurder: “we maken de OR en de familie sponsor van de verandering. Als ze mee kunnen denken en zien dat innovaties waarde toevoegen dan wordt het omarmd en staat het als een huis”. Een andere respondent: “hoe mooi zou het zijn als we binnen afzienbare tijd een afdeling met cliënten kunnen creëren waar innovatieve ontwikkelingen getoetst of doorontwikkeld kunnen worden? Uiteraard in samenwerking met kennisinstituten en studenten. En liefst ook met partnerinstellingen om gezamenlijk te leren.”

Stakeholdermanagement

De stakeholders acteren op uiteenlopende niveaus. Het is van belang om ze mee te nemen in innovatietrajecten en rekening te houden met hun belangen. Een bestuurder: “dat kan zeker beter. Juist waar het gaat om uitdagende vraagstukken waar specifieke kennis en kunde of persoonlijke achtergronden een rol spelen. Draagvlak creëren voor innovatie en verandering bij de stakeholders is cruciaal. Er is veel ruimte om keuzes te maken in de zorg en ook om te ondernemen. De kunst is om de stakeholders te betrekken bij de herinrichting van het zorgproces. Welke factoren activeer je aan de voordeur? De bandbreedte is groot en dat maakt het lastig om eenduidig de familie, mantelzorgers en andere stakeholders te bereiken. Aan diezelfde voordeur zullen we de verwachtingen moeten managen zodat duidelijk is hoe de zorg eruit gaat zien.”

Vier categorieën van stakeholders worden door de bestuurders onderscheiden:

- Mantelzorgers. Mantelzorgers en familieleden van cliënten worden overal zorgvuldig meegenomen. Een bestuurder: “wij zorgen dat er onderling contact gelegd kan worden tussen mantelzorgers zodat ze kunnen verbinden en ervaringen uitwisselen. In de praktijk heeft vrijwel niemand moeite met de inzet van technologie bij hun vader, moeder of familielid. Cliëntenraad en medezeggenschap zijn vaak enthousiast. Ze meenemen in het verhaal, enthousiasmeren en vooral heel vaak en veel toelichten wat je gaat doen is belangrijk.” Een andere bestuurder: “het begint aan de voorkant bij de intake: wat kan de mantelzorg of familie zelf? We zien initiatieven ontstaan in samenwerking met mantelzorgers. Zorgprofessionals vragen nu aan de kwaliteitscommissie of ze de mantelzorgers een training omgaan met de tillift mogen geven. Zodat de cliënt ook thuis verzorgd kan worden. De zorgprofessionals pakken zo de regie en denken mee over anders gaan werken.”
- Zorgverzekeraars. Opvallend is dat over zorgverzekeraars verschillend wordt gesproken. Sommige bestuurders missen investeringsbereidheid bij zorgverzekeraars, anderen zien partnerschap waar het gaat om innovatie. In sommige regio's zijn ontwikkelgelden beschikbaar voor specifieke vraagstukken. Een bestuurder: “verzekeraars gaan vaak uit van een businesscase waarbij het accent ligt op besparend kunnen werken terwijl voor ons het accent op waarde toevoegend werken ligt.” Een andere bestuurder: “we hebben langlopende contracten met zorgverzekeraars waar innovatie een onderdeel van is. We merken in onze regio dat er veel aan voorfinanciering wordt gedaan. Dat wil zeggen dat we gezamenlijk monitoren en dat de opbrengsten voor een deel terugvloeien in onze exploitatie.” Een andere bestuurder: “de zorgverzekeraar denkt constructief mee en heeft natuurlijk ook een eigen belang.” Een laatste respondent: “verzekeraars vragen van ons om te innoveren maar we moeten tegelijkertijd aantonen wat het oplevert. Wij moeten innovatie er vaak maar even bij doen. We hebben gebruik gemaakt van de zogenaamde kwaliteitsgelden; sinds dit jaar zijn deze ‘geland’ in het tarief maar echter niet voor 100%.”
- Inspectie. Ook over de stakeholder inspectie wordt door de respondenten verschillend gedacht waar het gaat om innovatie. Een bestuurder: “en oneerbiedig gezegd heerst daar een vinkjescultuur. Vanuit politieke controle wordt gekeken naar het gebruik van domotica. Letterlijk en figuurlijk via de regel van de wet. Soms missen wij meedenken en kijken vanuit onze specifieke situatie. Reflectie op wat er gebeurt en wat er mogelijk anders zou moeten of kunnen staat in de kinderschoenen. De inspectie is voor ons niet de aanjager van innovatie. Ook de huidige wet- en regelgeving is niet helpend. De verplichte audits dragen onvoldoende bij aan

innovatief gedrag en het borgen ervan in de organisatie. Hoe mooi zou het zijn als innovatie in de kwaliteitscyclus wordt meegenomen?” Overigens stelt een andere bestuurder: “het is van belang dat je niet blijft hangen in zaken. Neem bijvoorbeeld de administratiedruk. Elke sector heeft daarmee te maken. Stop met je verzetten en accepteer dat je eraan moet houden. Maar kijk hoe je er zo makkelijk mogelijk mee om kunt gaan.”

- Leveranciers. Bestuurders hebben over het algemeen weinig structurele contacten met leveranciers van zorgtechnologie. De meeste contacten lopen via de afdeling ICT of technische dienst. Sommige bestuurders ervaren dat leveranciers vooral hun producten willen afzetten en missen meedenken. Ze erkennen overigens dat zij zelf misschien hun vraag beter moeten articuleren. Een bestuurder: “leveranciers zouden ons kunnen ondersteunen door de waaromvraag uit te leggen. Waarom wil je dit? Hoe verkoop je impact aan de VVT-organisaties?”

Leeftijd en adoptie van technologie

De ouderenzorg bestaat vooral uit 80+ cliënten die veelal niet bekend zijn met technologie en technische mogelijkheden. De familieleden van cliënten zijn zelf vaak 60+ die techniek minder op het netvlies hebben als hulpmiddel bij de verzorging van hun ouders. Dat draagt mede bij aan achterblijvende adoptie. Een bestuurder: “ook sommige van onze medewerkers leven nog in de oude wereld. Het nieuwe kost tijd om te integreren en internaliseren. Cliënten en hun familie worden assertiever. Ook weten ze steeds beter om te gaan met nieuwe technologie. De nieuwe cliënt staat veel meer open voor technologie en het behouden van eigen regie. Dat is positief en de beweging gaat uit van het principe dat de cliënt het wil.” Een andere bestuurder stelt: “cliënten merkten op dat ze telkens thuis moesten zijn om oogdruppels te ontvangen. Dat beperkte hen in hun dagelijkse leven. Zelf zijn ze gaan knutselen waardoor er nu een druppelbril is waarmee ze zelf hun oogdruppels kunnen toedienen. Dat is een prachtig voorbeeld omgaan met de werkelijkheid. Ook de coronacrisis heeft een impuls gegeven: kippenvelmomenten ontstonden toen we facetime bij mensen met dementie gingen gebruiken. Prachtig om te zien hoe dingen in versnelling komen als er geen andere oplossingen voorhanden zijn.”

Conclusie

De behoeften van de cliënt in relatie tot zorgtechnologie centraal stellen is nog lastig. Maatwerk leveren met standaard-techniekoplossingen is niet altijd passend. De gebruiker is vaak oud en heeft weinig affiniteit met technologie. Dat geldt ook voor de digivaardigheden van sommige medewerkers. Bovendien is nog ongewis wat technologie in het grotere plaatje kan gaan brengen. Toch wordt er steeds meer samengewerkt met cliënten en mantelzorgers in innovatieprojecten. De mate van betrokkenheid kent verschillende gradaties. Dat geldt ook voor de interactie met zorgverzekeraars, inspectie en leveranciers.

Systeemperspectief

Factor 3. Vernieuwing vindt plaats vanuit systeemperspectief. Het is van belang dat holistisch wordt gekeken in alle fasen van vernieuwing: wat zijn de raakvlakken met werkprocessen, klanten, leveranciers, medewerkers en bredere ontwikkelingen in de sector? Dat ondersteunt het draagvlak en helpt de inbedding in een groter geheel.

Het systeem knelt

Het zorgsysteem is omvangrijk in actoren, schaalniveaus, afhankelijkheden en verantwoordelijkheden. Bovendien kent het zorgsysteem tal van tegenstrijdigheden. Het is vrijwel onmogelijk om 'het systeem' centraal te stellen. Zichtbaar is dat de zorgketen steeds vaker uitgangspunt is van vernieuwing en dat in de regio meer wordt samengewerkt. Binnen de instellingen is integraal denken soms nog niet bereikt: er wordt in operationele taken gedacht en het zicht op de doorwerking van veranderingen is beperkt. De deeloplossingen, die technologie vaak biedt, dragen niet bij aan systeemdenken. De mate van systeemdenken hangt tevens samen met de fase waarin innovatie zich bevindt. Een bestuurder: "het is nu vooral nog 'laat vele bloemen bloeien', laat mensen ervaren dat er ruimte is voor ideeën en laat mensen wennen aan nieuwe technologie. Innovaties worden in die zin nog niet systematisch geborgd." Een andere bestuurder: "innovatie zoals we die nu kennen gaat ons niet de oplossingen brengen die we zoeken. Innovatie moet los van de huidige organisatie worden geïnitieerd. Het is dan niet meer een activiteit die je erbij doet. De moeilijkheid in de VVT is om te kunnen zien wat techniek ons gaat brengen. De context heeft een grote invloed op wat er gaat gebeuren. De wil is er wel maar we weten niet hoe. Dus zal er ruimte moeten worden gecreëerd buiten het systeem om te kunnen experimenteren."

Decentraal versus centraal

Veel zorginstellingen zijn door fusies en autonome groei ontstaan. Deze ontwikkeling en de behoefte om de zorg dichtbij te organiseren heeft geleid tot vrij decentrale organisaties. Ze worden doorgaans per locatie aangestuurd. Een bestuurder: "we hebben veel vrijheid aan onze medewerkers op de werkvloer gegeven. Veel centraal georganiseerde zaken zijn afgelopen jaren decentraal opgepakt. Nu zien we dat er soms op locaties verschillend gewerkt wordt. Ook de veelheid aan leveranciers die producten leveren bij ons, draagt bij aan deze verschillen. Er zijn daarmee eigen werkprocessen tot stand gekomen. Dat lijkt prettig, maar het is ook een grote verantwoordelijkheid en vraagt decentraal kennis op allerlei dimensies. Dat is niet te doen.... Wat gemist wordt is een overall visie en beleid: wat doe je centraal, wat decentraal en hoe deel je kennis over innovaties tussen locaties?"

Afwegingskader voor nieuwe technologie

Er zijn enorm veel deeloplossingen op technologisch gebied beschikbaar. Maar voor een zorgorganisatie is het bijna onmogelijk om te overzien wat nu wel en niet helpt op korte en langere termijn. Een bestuurder: “wat gaat ons echt verder brengen?” Een andere respondent: “het is op dit moment een worsteling. Er is nog veel te leren. We hebben geen afwegingskader om domotica te wegen op bijvoorbeeld functionaliteit. Dit is een gemis. Als er een afwegingskader beschikbaar zou zijn dan zou dat enorm helpen bij het beoordelen of de functionaliteit past bij de visie die we hebben en de koers die we volgen.”

Data voor inzicht in het systeem

Het toepassen van zorgtechnologie kan veel data genereren. Veelal ontbreekt nog inzicht in de beschikbaarheid van data en worden data niet aangewend voor verbetering van werkprocessen. Een bestuurder: “medicatiefouten worden vaak vanuit een negatieve trigger besproken. Door het analyseren van data krijgen medewerkers er meer gevoel bij en ontstaat er eigenaarschap. Tevens wordt zo een cultuur van *evidence based* werken bevorderd.” Een andere bestuurder: “veel oplossingen communiceren niet met elkaar wat de efficiency beperkt. Een platform waar alles samenkomt zou helpen.” Een derde bestuurder: “we zijn aangesloten bij Mindlabs. Daarin zijn we bezig met vragen over *artificial intelligence* en de betekenis voor de werkvloer.” Een laatste respondent: “cijfers ondersteunen je verhaal. Neem bijvoorbeeld de heupairbag. Ik vroeg me af of het aantal heupfracturen naar beneden zou kunnen door de inzet van technologie. Door data meetbaar te maken kun je inspelen op verwachtingen en creëer je draagvlak.”

Zicht op doorwerking

Innovaties worden vaak te beperkt beoordeeld, alleen directe effecten worden in beschouwing genomen terwijl indirecte effecten mogelijk heel relevant zijn. Ook dat vraagt een goed zicht op het systeem waarin de innovatie moet functioneren. Een bestuurder: “levert de inzet van slim incontinentiemateriaal alleen tijdbesparing op? Zo’n innovatie vraagt top-down en bottom-up samenwerken. Medewerkers moet je meenemen in wat het oplevert. Het kan veel meer opleveren als je niet alleen in toiletrondes redeneert: minder wonden, minder was, minder onrust, betekent rust. Minder verzorgende handelingen. Met elkaar moeten we het verhaal voor het hele systeem maken.”

Intramuraal en extramuraal

Verschillende respondenten geven leiding aan organisaties met verpleeghuiszorg en thuiszorg. Dat lijkt een kans om de zorgketen te stroomlijnen. Immers, idealiter helpt de thuiszorg om mensen langer thuis te laten wonen en zo de druk op de verpleeghuiszorg te verminderen. Bijvoorbeeld door thuis zorgtechnologie te introduceren. Toch is de praktijk weerbarstig. Een bestuurder: “bij de intramurale zorg zijn ziekenhuisopnames en wensen van familie medebepalend. Ook komen er cliënten vanuit andere thuiszorginstellingen. Dus slimme thuiszorg is niet perse voordelig voor onze eigen verpleeghuizen. Bovendien spreken intramurale en extramurale zorgverleners vaak nog een andere taal, hetgeen samenwerking en kennisuitwisseling bemoeilijkt.”

Integratie van financieringsvormen

Bestuurders ervaren een gebrek aan samenhang tussen financieringsmogelijkheden als een belemmering voor innovatie. Een respondent: “de huidige inrichting van WMO, WLZ en ZvW en de wet- en regelgeving helpt niet voor geïntegreerde oplossingen. Declareren over de verschillende domeinen heen is na lang onderhandelen nog steeds niet mogelijk.” Een andere respondent: “gebrek aan eigenaarschap en het missen van regie bij gemeenten rondom de uitvoering van de WMO draagt eveneens bij aan traagheid en komt tot uiting in beperkende maatregelen. We zien de kosten stijgen bij de uitvoering van sociale wijkteams. Leefcirkeltechnologie kan ook in de thuissituatie bij mensen met dementie toegepast worden. Dat vraagt om vertrouwen en echt anders werken met beschikbare technologie. Een gebrek aan eigenaarschap en regie helpen ons niet verder.”

Conclusie

Dat de zorg versnipperd is in organisatie, regelgeving en financiering ervaren zorginstellingen bij uitstek bij exploratie. Want zorginnovatie vraagt om een optimaal systeemperspectief, zodat de doorwerking van nieuwe technologie of werkmethoden kan worden bepaald, met elkaar kan worden geleerd en lasten en baten in samenhang kunnen worden beschouwd. De zorg zal in de toekomst meer werken vanuit data, platforms en ketens. Dat vraagt nieuwe kennis en organiserend vermogen. Bovendien moet steeds aansluiting gezocht blijven worden tussen de systeemwereld en de leefwereld.

Het management stimuleert exploratie

Factor 4. Het management stimuleert exploratie. Bestuurders en managers geven steun aan medewerkers die bezig zijn met vernieuwing en helpen hen ideeën verder te brengen. Ze tolereren en verduidelijken contradicties in het werk, die het gevolg zijn van gelijktijdige exploitatie en exploratie.

Steeds weer uitleggen

Een bestuurder: “als Raad van Bestuur ben je onderdeel van de organisatie en is het van belang dat je zelf focus aanbrengt en zichtbaar bent. Wij communiceren vaak via blogs en laten proefballonnetjes op zodat medewerkers uitgedaagd worden om mee te denken over veranderingen. Soms roept dat vragen op en dan is het zaak om tijd te nemen om uitleg te geven. Anders wordt de onrust te groot en met name medewerkers van de werkvloer kunnen het geheel dan moeilijker overzien. Zorg ervoor dat je met z'n allen weet wat je aan het doen bent zodat niet iemand met beperkte kennis of kunde voor de klus staat.” Een andere bestuurder: “we zijn heel veel bezig met uitleggen wat we doen. Onze strategie is leidend en dat vertellen we dagelijks. Je moet mensen helpen om het te begrijpen. Wat betekent de innovatie voor jou als bestuurder, manager of zorgprofessional? Wat moet je doen? Welke interventies of gedrag horen daarbij? Herhalen en blijven herhalen. Dat geldt voor ons, maar nog meer voor het middenmanagement waar het gaat om de praktische doorwerking van zorgtechnologie.”

Tempo

Veranderen en innoveren vraagt om een bijpassend tempo. Het is van groot belang dat degenen die betrokken zijn bij innovatieprojecten aanvoelen in welk tempo de staande organisatie mee kan. Dat geldt voor de vroege fase van het toetsen van een idee, maar ook voor de fase van het implementeren van het nieuwe product. Een bestuurder: “we zien dat managers veelal opgeslokt worden door de waan van de dag. De operationele kant staat voorop waardoor innovaties snel naar de achtergrond verdwijnen. Goed kunnen luisteren, niet drukken, maar je tempo aanpassen draagt bij aan adoptie en daadwerkelijke verandering.” Het tempo goed inschatten en aangeven is vooral een opgave voor managers en teamleiders. Een bestuurder: “we merken dat ze grote verschillen in kennis, kunde en adaptief vermogen laten zien.” Dat leidt tot tempoverschillen.

Met elkaar

Een bestuurder: “de meeste medewerkers in de zorg zijn vanwege hun opleiding, de cultuur en de structuur van de organisatie niet zomaar in staat om mee te innoveren. Ze zijn gericht op het uitvoeren van hun taken. Dat doen ze met hart en ziel. Medewerkers werken vaak vanuit hun gevoel en reageren vanuit hun referentiekader en dat wat ze geleerd hebben tijdens de opleiding.” Een andere respondent: “ook heerst er soms een zekere ‘projectmoeheid’. Dat laatste wordt mede veroorzaakt door het ‘bedrijfsmatige keurslijf’ waarin zorgmedewerkers moeten werken en wat veel administratieve verplichtingen met zich meebrengt.” Een andere bestuurder: “als je vraagt

om anders te gaan werken dan is het enorm van belang om dat ook samen te ontwikkelen. Wat vraag je anders van de medewerkers? We hebben onze managers daarom nu opgeleid tot coach, waar we voorheen veel meer top down werkten. We moeten onze medewerkers tijdig meenemen in de veranderprocessen. Lacunes en hobbels bespreekbaar maken en ze mee laten denken bij de uitvoering en het gebruik. Het veranderen van de cultuur en het stimuleren van participatie is een traject van jaren.” Een andere respondent: “we willen graag decentraal werken. Onze organisatie-inrichting vergt veel van ons als leiders.” Een andere bestuurder: “we werken met het Rijnlandsmodel dat uitgaat van gelijkwaardigheid, waarbinnen gestreefd wordt naar waardecreatie voor alle betrokkenen. We merken dat er wantrouwen heerst in de organisatie. We proberen vertrouwen te geven en ruimte te geven. Dus in plaats van alleen kijken naar wat er mis gaat – zou je ook kunnen kijken naar wat er allemaal goed gaat?”

Ondernemerschap

Innovatie vereist kansen zien en risico's nemen. Dus een ondernemende houding. Zo'n houding kan op gespannen voet staan met de strikte uitvoering van protocollen en procedures en de kritische blik van zorgkantoor en inspectie. Een bestuurder: “er is meer ondernemerschap nodig. Verpleegkundigen zijn opgeleid om oplossingsgericht te denken. Laat ze die kwaliteit gebruiken. Het vraagt tijd om iets te kunnen ondernemen en financiële middelen om te testen en experimenteren.” Een andere bestuurder: “de inspectie gaf vroeger vooraf vaak geen toestemming voor zorgtechnologische oplossingen maar was later enthousiast. Dat vraagt om pionieren en risico nemen. Medicatiecontrole gebeurt nu nog door twee personen, maar binnenkort kan de inzet van de slimme bril een tweede paar ogen vervangen. Dat geeft een tijdsbesparing van 250.000 x 5 minuten! We gaan met de IGJ nu meer naar een situatie van vertrouwen en gedogen.”

Instroom van andersdenkenden

“Het is voor elke sector goed als er mensen van buiten zijn, met een frisse blik”, aldus een bestuurder, “zakelijkheid in combinatie met zorginhoudelijke kennis versterken elkaar. Maar dat is in de zorg nog niet gangbaar. Niet alle raden van toezicht durven dat aan en ook binnen zorginstellingen is het aanstellen van zij-instromers op managementposities geen vanzelfsprekendheid. Daardoor blijft er veel oud-denken.” Een andere bestuurder: “wij zijn bezig met het verkennen van het aantrekken van andere beroepsgroepen in de zorg. Denk aan artificial intelligence specialisten, data-analisten en health coaches.” Een andere respondent: “meer diversiteit in je functiehuis en dus ook op de werkvloer kan bijdragen aan innovatie. Het zorgt voor een ander perspectief. Zij-instromers dragen bij aan de inbreng van andere kennis en kunde aan het bed. Een opleiding is ook geen keuze meer voor het leven, we zien dat de jeugd daar al een heel andere kijk op heeft. Dat zorgt al voor een meer flexibelere arbeidsmarkt en daar kan de zorg van profiteren.” Een andere respondent: “bij goede mensen gaat het soms niet om de kennis maar om de competenties. We zien mondjesmaat een verschuiving optreden naar andere disciplines. Technici draaien bij ons mee in de zorg en zien vaak kansen om technische oplossingen te integreren. Toch is daadwerkelijke implementatie lastiger. Goede leiders helpen daarbij.”

Samenwerken in de regio

Samenwerking tussen zorginstellingen in dezelfde regio ligt voor de hand om innovatie te bevorderen. Samenwerking kan helpen om risico's te verlagen, proeftuinen te organiseren, voldoende financiële middelen vrij te spelen en massa te creëren voor een rendabele toepassing van innovaties. In de praktijk vindt samenwerking steeds meer plaats, hoewel er ook soms praktische hindernissen zijn. Een bestuurder: "iedere organisatie beschikt over een eigen elektronisch cliënten dossier (ECD). Vaak bestaat er geen mogelijkheid om deze te koppelen met ECD's van buiten de organisatie. Een andere bestuurder: "we werken veel met ecosystemen van binnen en buiten de zorg. Bijvoorbeeld met het onderwijs, met ondernemers en start-ups en scale ups. Maar ook met zorgkantoren waarbij we in gezamenlijkheid werken of samen met andere VVT-instellingen, om rechtstreeks financiering te verkrijgen om zo innovatief te werk te kunnen gaan." Een andere respondent: "door de samenwerking met Vita Valley zijn we in contact gekomen met andere zorginstellingen. We werken dan in gezamenlijkheid aan whitepapers. Die ons allemaal weer verder helpen om kennis op te doen en kennis te delen."

Planning

Alle zorginstellingen waarmee voor dit onderzoek gesproken is, werken aan innovatie. Het tempo en de fase waarin innovatie een plaats heeft gekregen in organisatie en beleid verschilt. Sommige instellingen zitten nog in een vroege fase en laten vele bloemen bloeien. Anderen met een langere ervaring zijn op zoek naar structuur om efficiëntie en effectiviteit van innovatie te vergroten. Een bestuurder: "sinds twee jaar brengen we meer scherpheid in innovatie aan. Dat heeft een aantal elementen. (1) Vanuit het bestuur wordt het waarom van innovatie duidelijker en concreter verteld en zo dichtbij de medewerker als mogelijk gebracht. Dat moet enigszins 'directief en instructief' om te zorgen dat het beklijft. (2) Er is een innovatievisie en -agenda opgesteld met een lijst van projecten. (3) Er worden in het jaarplan drie centrale innovatieprojecten opgenomen, daarvan ligt het eigenaarschap bij tweetallen van managers. Daarnaast is er bottom-up ruimte bij afdelingen en op locaties."

Conclusie

De bestuurders staan bij wijze van spreken dagelijks op de zeepkist om het belang van innovatie uit te dragen en ideeën te ondersteunen. Het middenmanagement heeft de taak om nieuwe technologieën en werkwijzen in te bedden in het zorgproces en medewerkers mee te nemen in de vernieuwing. Dat is een lastige opgave en vraagt andere kennis en kunde; zij-instromers kunnen daaraan bijdragen maar zijn nog geen vanzelfsprekendheid in de zorgsector. Ten slotte zijn ondernemerschap en eigenaarschap nog niet overal goed geborgd.

De organisatiecultuur staat fouten toe

Factor 5. De organisatiecultuur staat fouten toe. Vernieuwing kan alleen plaatsvinden in een setting waarin risico genomen mag worden en mislukkingen mogen voorkomen. Medewerkers moeten vertrouwen voelen en kaders kennen. Er is een actieve leercultuur om vragen te stellen, de uitkomsten van experimenten te delen en te gebruiken in vervolgtrajecten.

Management geeft het voorbeeld

Innoveren en veranderen kan alleen door het mogen maken van fouten. Fouten waar je van kan en moet leren. Een bestuurder: “dat vraagt wat op alle niveaus binnen de organisatie. Wij hebben als Raad van Bestuur een voorbeeldfunctie, we moeten zelf aan de bak.” Een andere bestuurder: “als collega’s zien wat domotica met behulp van leefcirkels voor een cliënt kan betekenen dan verdwijnt angst over valgevaar of dwaalgevaar naar de achtergrond. Vaak gaat de angst gepaard met vragen als: werkt de techniek wel? Kan ik erop vertrouwen? En is er ruimte om te mogen falen?” Een andere geïnterviewde bestuurder: “het is vooral luisteren naar de vraag achter de vraag. En benadrukken dat fouten mogen gebeuren. Als het gaat over innoveren dan mag je bij ons best ongehoorzaam zijn. Er zijn zaken die je niet mag doen en zaken die je moet doen. Met name deze laatste categorie kun je wat oprekken. Wat kan er in het ergste geval gebeuren? Het is telkens balanceren met netjes iets doen en zinvol bezig zijn zonder dat je dingen doet die wettelijk gezien niet mogen.” Een laatste respondent: “om innovatie aan te vliegen is het belangrijk om vanuit verschillende invalshoeken tegenspraak te organiseren. Een kundige en gemêleerde Raad van Toezicht ondersteunt mij als bestuurder.”

Leren van fouten

Fouten mogen maken is één, herhaling van fouten voorkomen is twee. Het laatste is meestal lastiger, want het vraagt een lerende organisatie waar fouten worden geanalyseerd, conclusies worden gedeeld en uitkomsten worden toegepast in volgende innovatietrajecten. Een bestuurder: “we proberen per project te leren en het geleerde mee te nemen in een volgende casus. Het is een iteratief proces. Wat werkt houden we vast en de rest laten we weer los. Hier is nog kennisontwikkeling nodig.” Een andere bestuurder zegt: “we experimenteren met het bedrijfsleven om nieuwe oplossingen te ontwikkelen en testen. Deze oplossingen vragen om kennislabs en praktijkroutes, op locatie van de zorg en waarbij meerdere stakeholders betrokken zijn. Dat stimuleert bij uitstek dat van eventuele fouten wordt geleerd.” Een andere bestuurder: “de mate van zelfsturing in een team draagt bij aan verschillen rondom adoptie van anders werken. Met name autonome teams kijken minder bij de burens. De urgentie ontbreekt soms: ‘het team draait toch goed, waarom dan veranderen?’ De druk die vanuit de regiomanager wordt gegeven, in de vorm van aanjagen en meedenken, stimuleert van elkaar leren.” Een andere bestuurder: “het blijkt in de praktijk vaak lastig om innovaties over te dragen naar andere locaties. De eilanden zijn groot en dat vergt vaak veel overleg en overtuigingskracht. Tussen locaties en leidinggevenden wordt aan kennisuitwisseling gedaan, maar dat verloopt nog niet gestructureerd.”

Vertrouwen op eigen professie

Een bestuurder zegt: “de kunst is te durven handelen vanuit je eigen kennis, kunde en professie. We zullen onze medewerkers moeten leren dat ze zelf inhoud mogen geven aan de uitvoering van hun werk. Ze komen nu nog opvallend vaak vragen of iets wel of niet mag. Het is belangrijk dat je weet hoe je daar iets aanvliegt en dat je weet hoe het (zorg)proces in elkaar steekt. Je hebt een hoge mate van sensitiviteit nodig en mag vertrouwen op je eigen ervaring. Studenten helpen ons met meer zelfvertrouwen met technologie te werken. De nieuwe generatie zorgprofessionals omarmt techniek of verandering soms makkelijker.”

Conclusie

Alle respondenten zijn het erover eens dat fouten maken moet om te leren en te innoveren. Hoe je dat faciliteert is moeilijk. Want het vóórkomen van fouten staat hoog aangeschreven in de sector; de zorgmedewerker voelt zich erg verantwoordelijk, naar het management, maar vooral naar de cliënt. Luisteren naar de vragen op de werkvloer en als leidinggevende zelf je aarzelingen kenbaar maken helpen. De wijze waarop teams worden aangestuurd is niet alleen belangrijk voor het draagvlak voor vernieuwing, maar ook voor het vertrouwen op eigen professie en de ruimte voor risico.

Dialogo geeft richting en draagvlak aan innovatie

Factor 6. Dialoog geeft richting en draagvlak aan innovatie. Een belangrijke *enabler* van ambidexteriteit is regelmatige dialoog tussen medewerkers betrokken bij exploitatie en exploratie. Enerzijds om te zorgen dat knelpunten uit de exploitatie kunnen worden ingebracht voor exploratie en anderzijds dat nieuwe ideeën kunnen worden ingebed in de exploitatie.

Verhalen delen

Iedereen heeft andere ervaringen en ideeën. Om draagvlak te krijgen voor innovatie is het belangrijk persoonlijke verhalen van medewerkers, cliënten en mantelzorgers te delen. In vrijwel alle zorginstellingen van dit onderzoek is dit gesprek belangrijk. Het heeft schade opgelopen tijdens de coronacrisis, maar wordt nu snel weer heringevoerd. Een bestuurder: “wij zijn bezig met het formuleren van een nieuw meerjarenbeleidsplan. Door middel van arenadiscussies verzamelen we informatie uit de organisatie. Het is een prettige en effectieve manier om informatie op te halen, te verbinden en samen richting te bepalen.” Een andere bestuurder zegt: “twee keer per jaar bezoekt de Raad van Bestuur alle locaties en worden complimenten uitgedeeld. Twee keer per jaar zijn er bij ons ook bijeenkomsten met medewerkers om iedereen mee te nemen in de verbinding tussen de verschillende werelden. Het betreft bijeenkomsten voor MT, middenkader, staf en een afvaardiging van medewerkers.” Een derde bestuurder: “we zijn momenteel bezig met het bezoeken van alle locaties om het gesprek aan te gaan om onze kaders bij te stellen. De maatschappij vraagt om een andere manier van werken en de medewerkers hebben daar goed zicht op. Door iedereen aan de voorkant te betrekken kunnen we het gevoel van tekortschieten, dat bij de sommige medewerkers leeft, met elkaar delen. Het delen van je eigen verhaal is onderdeel van onze cultuuromslag en maakt duidelijk voor welke uitdagingen we staan. We werken veel vanuit *communities*.”

Onderling begrip

Op alle lagen in de organisatie verbinding maken is belangrijk, zeker waar het gaat om verschillende disciplines. Een bestuurder: “rondom de inzet en het gebruik van techniek zijn we gaan werken met digicoaches en zijn onze helpdesk ICT-medewerkers naar de locaties toe gegaan. Dat draagt bij aan elkaar kennen en weten dat je bij elkaar terecht kunt met vragen. Dat geeft uiteindelijk wederzijds het gevoel dat je er samen voor staat.” Een andere bestuurder: “we zien verschillen in de typen mensen die binnen onze organisatie werken. De afdeling informatiemanagement bestaat veelal uit blauw gekleurden die van structuur en planning houden. Die begrijpen er vaak niets van dat de werkvloer niet mee doet in een verandering. Maar de zorgmedewerkers kunnen het totale proces vaak niet overzien en weten daardoor niet wat er van ze verwacht wordt. Door het voeren van coalitietafels bevorderen we onderling begrip en verbetering van samenwerking.” Een andere respondent: “wij werken met kwaliteitscirkels. De kwaliteitscirkel bestaat uit ambassadeurs (de eigenaar van het idee of de oplossing) en verkenner die voor hun locatie of afdeling moeten beoordelen in hoeverre het concept haalbaar is. Dat leidt tot gezonde discussies en bevordert kennisdeling en -ontwikkeling.”

Conclusie

In alle zorginstellingen wordt gewerkt aan dialoog. Niet alleen over het grote verhaal of over concrete innovaties, maar ook zonder agenda om leefwerelden (zoals bestuur - werkvloer en zorg - ICT) met elkaar te verbinden, te informeren en te inspireren. Het is niet eenvoudig om de dialoog goed te voeren en goed te onderhouden. Want er zit veel tijd in (die meestal niet beschikbaar is) en niet alle werkvormen zijn effectief. Bovendien zoeken mensen altijd naar direct resultaat: *what's in it for me?*

Ambassadeurs verbinden exploitatie en exploratie

Factor 7. Ambassadeurs verbinden exploitatie en exploratie. Ambidexteriteit wordt bevorderd door medewerkers eigenaar te laten zijn van innovatieve ideeën, innovatieprojecten en nieuwe producten en werkmethoden. Zij zijn het gezicht en aanspreekpunt en dat maakt exploratie beter toegankelijk vanuit exploitatie.

Innovatie is vaak een staffunctie

In elk van de geraadpleegde zorginstellingen is een verantwoordelijkheid voor innovatie belegd. Het is in de meeste gevallen een staffunctie, die direct rapporteert aan de raad van bestuur. Enerzijds omdat innovatie specifieke deskundigheid vraagt, anderzijds om het primaire proces niet te verstoren. Soms is het één medewerker, de grotere organisaties hebben vaak een afdeling met meerdere medewerkers. Een bestuurder: “sinds twee jaar hebben we een innovatiemanager in dienst die meedenkt, maar ook ervaringen samenbrengt en zorgt dat de verschillende locaties met elkaar verbonden worden.” Een andere bestuurder: “we hebben zogenaamde ‘zorgvernieuwers’ aangesteld die samen met management en teamleiders bijdragen aan innovatie. Alles zodat de zorg door kan blijven draaien. De kunst is om innovatie en verandering draaiende te houden in de lopende exploitatie. Hoe houd je het enthousiasme erin?” Een andere bestuurder: “er is in de organisatie een beleidsmedewerker die in samenspraak met de managers innovatietrajecten begeleidt. Deze ondersteunt de locaties. Er is een innovatieplatform om innovatieve ideeën te beoordelen en inbedding te stimuleren.” Een andere bestuurder: “we hebben medewerkers aan kunnen stellen met tijdelijk geld om innovatie aan te jagen. Helaas betekent het ook dat we een deel van hen af hebben moeten laten vloeien toen het geld op was.” Een laatste respondent: “of het nu komt omdat de huidige innovatiemanager een vrouw is of niet, maar we zien dat met name de feminiene kenmerken erg van pas komen bij innoveren en veranderen.”

Top-down en bottom-up

Innovaties vragen zowel om enthousiaste professionals die innovaties bottom-up initiëren als om een kundig bestuur dat innovaties vanuit visie en lange termijn doelstellingen top-down faciliteert. Een bestuurder stelt: “staf, paramedici en zorgmedewerkers kunnen bij ons een begin maken met innovatie. Er zijn academisch geschoolde innovatieadviseurs en projectleiders aangesteld. Zij hebben een rol in het inbedden van innovaties bij afdelingen en locaties. We doen dat bijna ‘militaristisch’.” Een andere bestuurder: “we maken ruimte zodat zorgprofessionals mee kunnen doen. Een volwaardige projectorganisatie ondersteunt daarbij. Ze stimuleert spontane verandering, maar ook opgelegde, top-down verandering en innovatie. Er is een cluster innovatie met 8 FTE die adviseren en implementeren op de werkvloer. Een andere bestuurder: “de balans vinden tussen hiërarchisch en organisch is een zoektocht. De clustermanagers hebben hier een grote rol in. We hebben innovatie als apart cluster gepositioneerd direct onder de Raad van Bestuur. Vanuit de strategie zijn we in de thema’s ‘anders denken’ en ‘anders doen’ gedoken. Inmiddels zijn er al 4 à 5 medewerkers bezig met innovatie. Deze worden altijd vanuit cliënt vragen of arbeidsmarktproblematiek aangevlogen.”

Conclusie

Veel van de zorginstellingen hebben projectleiders en innovatiemedewerkers, die buiten de lijn om innovaties helpen realiseren. Dat biedt concentratie van deskundigheid en rust in de exploitatie, maar risico van onvoldoende eigenaarschap in de lijn. Weinig instellingen hebben ambassadeurs voor innovatie op de werkvloer. Bij enkele instellingen hebben managers een medeverantwoordelijkheid voor grote innovatietrajecten over locaties heen.

Er is budget voor innovatie

Factor 8. Er is budget voor exploratie en exploitatie. In vrijwel alle organisaties is het budget voor exploitatie veel groter dan voor exploratie. Dat laat onverlet dat exploratie alleen serieus genomen kan worden in de organisatie als het een separaat en aanwijsbaar budget heeft en er verantwoording over wordt afgelegd.

Onvoldoende structureel geld voor innovatie

Dat in de VVT-sector exploitatie domineert blijkt uit de financiering: voor innovatie zijn spaarzaam middelen beschikbaar. Zorgverzekeraars zijn soms bereid om vooraf mee te financieren; wanneer dat niet het geval is dan is de instelling afhankelijk van eigen reserves, subsidies of voorfinanciering door een leverancier. Geldgebrek maakt het lastig om een langetermijnperspectief te hanteren. Een bestuurder: “het is vrij moeilijk om investeerders te vinden voor innovaties. We merken dat onze vraag naar oplossingen veel groter is dan wat we aan kunnen in geld en tijd. We kunnen uitsluitend projectmatig werken. We opereren in een gebied dat omringd is door grote spelers. Als middelgrote organisatie is het voor ons van belang om mee te liften op ontwikkelingen in de regio. Budgetten zijn vaak niet toereikend om echt vernieuwend te kunnen zijn. Wij werken daarom vaak samen.” Een andere bestuurder: “de samenwerking met verzekeraars biedt ons genoeg ruimte om te innoveren. We merken dat deze samenwerking in de regio prettig verloopt. Zo werken we gezamenlijk aan het oplossen van het tekort aan verpleeghuisartsen. Dat doen we met vier zorginstellingen.” Een andere bestuurder: “bij ons wordt het budget voor innovatie centraal afgeroomd. Het zorgkantoor denkt waar nodig goed mee en stelt zich flexibel op. Zo kan er budget worden herverdeeld, als de ene zorginstelling wel met een onderwerp aan de slag wil en de ander niet. Ook de samenwerking in de regio is goed: er worden ideeën uitgewisseld en er is een gezamenlijk innovatielab.”

Businesscase

Een bestuurder: “een businesscase voor innovatie omvat bij ons een factsheet met antwoorden op drie cruciale vragen: wat levert het op voor de cliënt, de medewerker en de zorgkosten? Relevant is ook de vraag ‘wie pakt de besparing en wil diegene ook betalen?’ De factsheet wordt met alle stakeholders gedeeld en bij de evaluatie wordt bezien of de aannames zijn uitgekomen.” Een andere respondent: “met de zorgverzekeraars zijn we in gesprek over virtuele wijkverpleging. Innovatie kost geld en het is vaak aan de voorkant niet duidelijk wat de opbrengsten zullen zijn. Per project wordt een businesscase gemaakt. Maar die is vaak erg oppervlakkig en omgeven door veel onzekerheden. Het verzilveren van arbeidsbesparing is nog steeds erg ingewikkeld. We werken vanuit de aanname dat het ons iets gaat opleveren.” Een collega-bestuurder zegt: “neem slim incontinentiemateriaal. We hebben ervaringen opgedaan en het kan het welzijn van de bewoner vergroten en arbeidsbesparend werken bevorderen. Voor ons is de besparing niet groot genoeg om er om er een krimp in personeel mee te kunnen opvangen. Moeten we het dan niet doen?” Een andere bestuurder: “voor elke innovatie wordt in principe een businesscase opgesteld.

Dat is nog wel zoeken. Sommige ideeën zijn prima te onderbouwen, anderen zijn bij aanvang niet rond te rekenen. Dan is het toch vooral kiezen op basis van gevoel en vertrouwen geven. Voor het maken van toekomstige businesscases is het van belang om ook bouwers te betrekken. De business controller werkt mee vanuit het *Triple Aim* gedachtegoed. Wat we doen moet waarde toevoegen anders doen we het niet.” Een andere bestuurder adviseert: “randvoorwaardelijk bij innovaties is om deze niet persoonsafhankelijk te maken maar altijd door middel van de PDCA-cyclus aan te vliegen. Laat daarbij niets aan het toeval over maar werk vanuit een plan.”

Geld voor intelligente gebouwen

Het beschikken over een goede basisinfrastructuur, waaronder WiFi, is wezenlijk van belang voor het benutten van technologische mogelijkheden. Een bestuurder: “daar waar nieuwbouw noodzakelijk bouwen we *state-of-the-art*. In bestaande gebouwen is het werken met technologie vaak minder makkelijk; zeg niet dat het niet kan maar het vraagt om creatievere oplossingen.” Een andere bestuurder: “de infrastructuur helpt vaak niet om innovatieve zorgtechnologie goed te kunnen inzetten. We willen graag met leefcirkels gaan werken maar daar zijn nog veel stappen voor te zetten en de benodigde investeringen te doen.” Een andere bestuurder: “domotica en zorgtechnologie toepassen in verouderde bouw rendert niet. Dat maakt investeren en meegaan met de marktontwikkelingen moeilijk. We hebben 27 locaties en het ontbreekt ons aan geld om die in één keer op niveau te krijgen.”

Assessments van nieuwe technologie

Voor het beoordelen van een (technologische) innovatie op zijn waarde voor een organisatie zijn maatstaven nodig. Zonder criteria is het varen in de mist. Idealiter gaat het om criteria die het hele waardenspectrum afdekken: zorgkwaliteit, medewerkerswelzijn, financiën, aansluiting bij operationele processen en bijdrage aan strategische opgaven. Dergelijke ‘*health technology assessments*’ worden echter nog nauwelijks toegepast. Een bestuurder: “op innovatief vlak gebeurt er enorm veel. Eigenlijk is er veel te veel op de markt waardoor het moeilijker is om een juiste inschatting te maken over de toegevoegde waarde.” Een andere respondent: “door indicatoren op te stellen voor innovaties kun je meten waar je staat en of de innovatie bijdraagt aan de gewenste verandering.” Een derde bestuurder vertelt: “we zitten nu in de fase om het integraal beoordelen en monitoren van individuele innovaties door te ontwikkelen naar een platformaanpak, waarbij verschillende innovaties in samenhang worden gezien en waarbij ook meer proactief dan reactief (ten opzichte van technologie-aanbieders) zal worden geopereerd.”

Conclusie

Er is geld voor innovatie, maar de middelen zijn beperkt en vaak projectgebonden. Dat belemmert een strategische en integrale benadering en een goede inbedding van nieuwe technologie. Ook onvoldoende uren is een obstakel. Even problematisch voor het bevorderen van innovatie zijn het ontbreken van een afwegingskader voor nieuwe ideeën en het ontbreken van een adequate technische basisinfrastructuur. De zorginstellingen leren snel over het ontwikkelen van businesscases en het aangaan van samenwerking in de regio om schaalgrootte te creëren.

Er is een oriëntatie op implementatie

Factor 9. Er is een oriëntatie op implementatie. Om exploitatie en exploratie in een goede balans te brengen is het belangrijk dat ideeën daadwerkelijk tot uitvoering worden gebracht. In veel organisaties is het invoeren en borgen van nieuwe ideeën zwakker ontwikkeld dan het genereren van ideeën. Dat vergt extra aandacht voor het implementeren van innovatie.

Soms forceren

Innovaties kunnen nog zo goed werken in een testomgeving, maar dat is geen garantie voor succes in de praktijk. Naast technische knelpunten lopen innovaties in de praktijk vooral aan tegen de houding van de gebruikers. Er zijn vele argumenten om iets nieuws (nog) niet te gebruiken. Olifantenpaadjes worden gebruikt om de oude routines te kunnen voortzetten. Een bestuurder: “aan het einde van de dag moet je soms forceren: een traditionele werkwijze stopzetten, zodat medewerkers wel de digitale variant moeten gaan gebruiken. Dat vraagt om lef.” Een andere bestuurder: “implementatie is lastig en vooral duurzame integratie in het zorgproces loopt om meerdere redenen niet altijd soepel: onverwachte knelpunten in de techniek, gebrek aan tijd, verkeerde prioriteiten, onvoldoende budget en *not-invented-here*. Het is ongelooflijk belangrijk dat het management hier bovenop zit, één lijn trekt en voorkomt dat een innovatie verzandt. Oók omdat een mislukte innovatie grote invloed heeft op hoe de organisatie in brede zin aankijkt tegen innovatie.”

Opschalen

Zoals eerder gememoreerd is de decentrale structuur van veel zorginstellingen ‘een zegen en een vloek’ voor exploratie. Het werkt positief om op één locatie (of in een lab) kleinschalig een idee te laten ontstaan en te testen. Maar dat kan negatief werken als een idee moet worden opgeschaald. Een bestuurder: “er lopen in onze organisatie diverse pilots. Duurzaam doorzetten van innovatie is een uitdaging, want het hangt vaak aan één medewerker of één locatie. Met zestien locaties is het per definitie een uitdaging. Eerlijk gezegd denken we te laat na over hoe we de opschaling kunnen borgen. Problematisch is ook het creëren van massa door een nieuwe technologie door meerdere zorginstellingen te laten gebruiken.” Een andere bestuurder: “er zijn nog te weinig horizontale lijntjes tussen instellingen en belangen lijken niet altijd dezelfde. Ik geef het een jonge ondernemer te doen om zijn nieuwe product te verkopen aan meerdere instellingen, met elk hun eigen behoeften en randvoorwaarden. Daar loop je op leeg. Wanneer wij een eigen idee verder willen brengen, lopen we tegen vergelijkbare barrières aan. Dat is ongelooflijk zonde.”

Corona: een crisis creëert momentum

Alle zorgbestuurders zijn het erover eens: de coronapandemie is een versneller geweest van tal van digitale oplossingen. Een bestuurder: “we hadden budget ter beschikking gesteld om te starten met beeldbellen, maar de animo om er daadwerkelijk mee te werken was erg laag. De coronapandemie heeft een en ander in stroomversnelling gebracht. Zodra de urgentie wordt

gevoeld om er echt te zijn voor de cliënt blijkt er veel meer mogelijk te zijn, ook op afstand! Het beeldbelgebruik is verviervoudigd. Maar als er bij een innovatie niet snel een bruggetje te maken is naar een bestaand werkproces dan ben je het momentum ook weer kwijt. Het meten van saturatie thuis, ontwikkeld door ziekenhuis en VVT is daar een prachtig voorbeeld van. Als er niet direct mee gewerkt kan worden dan schuift het snel naar de achtergrond en raakt weer buiten beeld.”

Conclusie

Het duurzaam doorzetten van innovatie is in de zorginstellingen die zijn geraadpleegd geen sinecure. Er is soms onvoldoende eigenaarschap en implementatiekracht om te borgen dat een nieuwe technologie of werkwijze overal en uniform wordt gebruikt. Dat is een aanzienlijk risico, niet alleen om de opbrengsten van een vernieuwing optimaal te benutten maar ook om het draagvlak voor veranderen en vernieuwen te verzekeren.

Conclusies en aanbevelingen

Onze 'tour de horizon' langs elf zorginstellingen over hun balans tussen exploitatie en exploratie levert interessante inzichten op. Innovatie staat op de agenda, dat is duidelijk. Alle bestuurders zijn zich ervan bewust dat de huidige werkwijze vastloopt door de dubbele vergrijzing. Méér exploratie is tegelijkertijd een grote uitdaging in een situatie waarin de werkdruk hoog is, de medewerkers opgeleid zijn om conform protocollen en procedures te werken, veel zorginstellingen decentraal zijn georganiseerd, en toezicht en financiering relatief star zijn.

Van de negen factoren van ambidexteriteit zijn aandacht van het management (4), dialoog (5) en ambassadeurs (6) relatief goed op orde bij de geraadpleegde zorginstellingen. Daarentegen scoren ze relatief laag op visie en missie (1), een organisatiecultuur die mislukkingen toestaat (7), innovatie vanuit systeemperspectief (3) en voldoende budget voor exploratie (8). Deze factoren zijn sterk gestoeld op de structuur en cultuur van de zorgsector en daarmee moeilijk te veranderen. Ook de focus op de gebruiker (2), en de oriëntatie op implementatie van innovatie (9) zijn nog beperkt ontwikkeld.

De aandacht voor exploratie is in veel gevallen nog beperkt tot aandacht voor de introductie en adoptie van nieuwe zorgtechnologie. In bijna alle zorginstellingen staat technologische innovatie vrij los van sociale innovatie: nieuwe techniek wordt veelal afzonderlijk ingebed in bestaande routines en processen om de exploitatie van de organisatie te verbeteren. Vaak zijn bestuurders met hun staf bezig om het sociale systeem ontvankelijk te maken voor nieuwe technologie en zorgmedewerkers te verleiden om de nieuwe technologie te gebruiken. Dit is een taai veranderproces, omdat het ingrijpt op de sterke cultuur van de organisaties.

Deze aanpak versterkt onbedoeld de interne oriëntatie van de zorginstellingen, terwijl het hoofd bieden aan de strategische opgaven juist vraagt om een sterkere externe oriëntatie. Instellingen werken nog relatief weinig met elkaar aan innovatie, waar het gaat om concrete initiatieven en om voorwaarden om schaalvoordelen te realiseren (zoals dezelfde basisinfrastructuur). Ook de samenwerking met andere partijen in de zorgketen zoals woningcorporaties en gemeenten is nog niet uitgekristalliseerd, terwijl het cruciaal is ouderen langer zelfstandig en zelfredzaam thuis te laten wonen om de zorg in de toekomst betaalbaar te houden.

De bescheiden ambidexteriteit van de zorginstellingen komt ook naar voren als we hun 'innovatievolwassenheid' bezien. Het Innovation Capability Maturity Model¹⁰ onderscheidt vijf fasen: (1) *ad hoc innovation* (innovatie wordt gemarginaliseerd door het dagelijkse werk, output onvoorspelbaar en inconsistent), (2) *defined innovation* (noodzaak van innovatie is beschreven,

¹⁰ Essman, H.E., & N. du Preez (2009), An Innovation Capability Maturity Model: development and initial application, ICIMT Conference, Jeju, South Korea

output onvoorspelbaar en inconsistent), (3) *supported innovation* (er zijn procedures en instrumenten voor innovatie, output is zichtbaar maar inconsistent), (4) *aligned innovation* (innovatie is geïntegreerd in de organisatie, output is zichtbaar en consistent) en (5) *synergized innovation* (innovatie is intern en extern gesynchroniseerd en output biedt duurzaam concurrentievoordeel). Een voorzichtige conclusie is dat de meeste zorginstellingen uit dit onderzoek zich bevinden in fase 2, enkelen in fase 3. Versterking van de exploratiecapaciteit en verdere inbedding van innovatie in de organisatie – strategisch, organisatorisch, procedureel en cultureel – zijn nodig om een volgende stap te kunnen maken.

Op basis van onze bevindingen doen wij acht aanbevelingen om meer accent te leggen op exploratie en beter te profiteren van (technologische) innovaties:

1. **Missie en visie** aanscherpen en concretiseren. Leidraad voor elk veranderproces en elke innovatie is een aansprekende missie en visie: waar staat de organisatie voor? Het antwoord moet betekenisvol doorklinken op de werkvloer. De transformatie van een traditionele zorgorganisatie naar een toekomstbestendige zorgdienstverlener moet centraal staan. Meer naar voren laten komen dat deze verandering noodzakelijk is en dat iedereen daar een rol in heeft. Het belang van technologie en samenwerking verdient daarbij veel aandacht. Het belijden van missie en visie is een permanente taak voor bestuur, maar vooral ook voor het middenmanagement. De uitdaging is deze door te vertalen naar de praktijk van alle dag.
2. **Strategie** nog scherper richten op verandering. De strategie maakt duidelijk hoe missie en visie worden gerealiseerd. Ze bevat zo concreet mogelijke stappen die kunnen worden gemonitord en bijgestuurd en kunnen worden vertaald naar afdelingen en medewerkers. Welke initiatieven worden opgepakt, welke activiteiten worden veranderd of afgebouwd? Hoe draagt een collega bij aan het grotere verhaal? Gegeven de importantie van 'soft factors' is er in de strategie veel aandacht nodig voor professionaliseren, samenwerken, eigenaarschap nemen, innoveren en kennis delen.
3. De **externe oriëntatie** kan sterker. Verpleeghuizen kunnen nog veel meer de samenwerking zoeken met andere schakels in de zorgketen, want langer thuis wonen vertegenwoordigt een groot strategisch belang en door nieuwe technologie gaan de grenzen tussen thuis en verpleeghuis vervagen. Zij kunnen hierin meer de regie nemen. Het delen van expertise over zorgconcepten en technologie is een vereiste. Het vraagt om verbindingen naar nieuwe stakeholders, zoals gemeenten, woningcorporaties en onderwijsinstellingen, en om een herijking van de relatie met traditionele stakeholders zoals zorgverzekeraars.
4. Investeren in **nieuwe competenties**. Het versterken van ambidexteriteit in zorginstellingen vereist nieuw leiderschap, met name in het middenmanagement. Hier is een nieuwe balans nodig tussen exploitatie en exploratie. Te versterken competenties zijn het vertalen van de visie naar medewerkers, het stimuleren van eigen verantwoordelijkheid bij medewerkers, het delen van kennis tussen medewerkers, afdelingen en locaties, het positioneren van innovatieprojecten, het experimenteren binnen het dagelijkse werk en het inschatten, nemen en

verantwoorden van risico. Huidige leidinggevendenden kunnen zich op deze punten ontwikkelen, maar deze competenties zijn tevens binnen te halen via zij-instromers.

5. **Technologie** inzetten vanuit visie op zorg. Er is een omslag nodig van het inbrengen van technisch gedreven innovaties in bestaande zorgprocessen naar het stellen van een kader over toekomstige zorg waarbinnen technologie een plaats kan vinden. Het integrale toekomstperspectief voor de zorg is dan leidend en niet (toevallige) technologische kansen. Dat geeft meer strategische verankering van technologie, bevordert synergie en biedt meer draagvlak voor technologische innovaties bij medewerkers, cliënten en mantelzorgers. Bovendien brengt het de zorginstellingen meer in positie als kritische vragers naar technologieleveranciers.
6. **Businesscases** kunnen breder vorm krijgen. Hoe kunnen health technology assessments specifiek voor de VVT-sector worden gebruikt om de waarde van nieuwe technologieën en nieuwe werkwijzen integraal in beeld te brengen en te plaatsen in het strategische perspectief van de zorginstelling? Zo'n assessment brengt de waarde voor medewerkers, cliënten en bedrijfsvoering in beeld. Het helpt om innovatie steviger te agenderen – het maakt afwegingen transparant en het verhaal over een innovatie duidelijker – en te groeien in 'innovatievolwassenheid'. Het vraagt nieuwe kennis en samenwerking tussen zorginstellingen en kennisinstellingen om te komen tot eenzelfde taal.
7. De sector verdient meer **steun van de samenleving**, want de verandering waar de zorginstellingen voor staat is fundamenteel en gaat ons allen raken. De verpleeg- en thuiszorgorganisaties moeten niet als enige de boodschap uitstralen dat het huidige systeem niet langer toekomstbestendig is. Meer steun van verzekeraars, inspectie en overheid is gewenst. Bovendien moet de boodschap van toon veranderen: het is onafwendbaar dat het anders wordt, maar nieuwe vormen van zorg gebruikmakend van nieuwe technologie kunnen positieve impact opleveren voor cliënten, mantelzorgers en medewerkers.
8. De belangrijkste aanbeveling is om veel meer in te zetten op **samen experimenteren, ervaren en leren**. Deze termen vatten de negen factoren van ambidexteriteit ons inziens goed samen. Het loopt van hernieuwde subjectivering van de medewerker (wie ben ik en waar sta ik voor?) tot samenwerking in de keten (waar staat de zorginstelling van de toekomst voor?). Nieuwe concepten zullen als experiment uitgeprobeerd moeten worden en resultaten moeten worden gedeeld om vernieuwing te versnellen. Dat doet een appèl op alle betrokkenen om vertrouwen te geven en ruimte te nemen.

Bijlage – geïnterviewde bestuurders

- Micha van Akkeren, voorzitter Raad van Bestuur, Beweging 3.0 (Amersfoort)
- Dick van Duijn MPM, lid Raad van Bestuur, Zorgpartners Midden-Holland (Gouda)
- Saskia Ermers, lid Raad van Bestuur, Zorggroep Maas en Waal (Beneden-Leeuwen)
- Eppie Fokkema, voorzitter Raad van Bestuur, Archipel Zorggroep (Eindhoven)
- Jan Griepink, lid Raad van Bestuur, en Wencke Eijkelkamp, manager innovatie en transformatie zorg, Carinova (Deventer)
- Ruth Maas, lid Raad van Bestuur, Zorgcentra De Betuwe (Tiel)
- Aukje Reinders, voorzitter Raad van Bestuur, Coloriet (Lelystad)
- Mireille de Wee, lid Raad van Bestuur, en Frans Korf, clustermanager innovatie, Mijzo (Waalwijk)
- Jaap Wielaart, voorzitter Raad van Bestuur, WVO Zorg (Vlissingen)
- Jan-Kees van Wijnen, lid Raad van Bestuur, tanteLouise (Bergen op Zoom)
- Edwin Wulff, voorzitter Raad van Bestuur, Argos Zorggroep (Schiedam)